

zottság szakszerű értékelésével szemben biztosítaná azt, hogy a ki-nevezés nem fogja megzavarni az egyetem egységes szellemét s biztosítani fogja az egyetemen belül a nyugodt munka lehetőségét. Ha az új kar megszervezése a karok és a professzorai közti harmo-nikus együttműködést megnehezítené, felállítása egyenesen vesz-teség lenne az egyetemre, sőt a nemzeti kultúrára is.

Őszintén kívánom, hogy a szegedi jogi kar megszervezése min-den tekintetben sikerüljön s juttassa a szegedi egyetemi életet olyan virágzáshoz, aminőt ennek a városnak egyetem-szeretete megérdemel.

BUZA LÁSZLÓ

## Közegészségügyi problémák a Délvidéken

A VIDÉKI EGYETEMEK orvosi fakultásai meglehetősen hamar, egytől-egyig hibátlanul reátalálták a táj és a környezet által meghatározott, különleges feladataik megoldására a köz-egészségügy szolgálatában.

A pécsi egyetemen az egyke ellen küzdő, faluzó orvos-profesz-szorok, Debrecenben az iskolás gyermekek egészségügyi sorozására létesített munkaközösség, Szegeden pedig különösen a gümőkör el-eleni küzdelem, néhány, azóta országos viszonylatban is átvett mód-szerének kialakítása, a tanyai iskolás gyermekek gondozása és a tanyai népelelmezésre vonatkozó adatgyűjtések jelzik a közegész-ségügy érdekében kifejtett csendes, kitartó munka útját. Erdély egyeteme is természetszerűen kezdettől fogva érezte és vállalta az ott talán legerősebben érvényesülő táji elkülönülés által reá rótt kü-lönleges feladatokat.

A csonka országban, melyet Rákosi Jenő egy kis túzással úgy tekintett, mint az egészségtelenül nagyra duzzasztott főváros körül létesült, egyetlen rendező-pályaudvart, a centralizáló törekvések nem kedveznek a táj-kutatásnak. Négyízben végbement területna-gyobbodásunk nagyban elősegítette e kutatási irányzat érvénye-sülését.

Szegeden a klebelsbergi elképzelés volt alapja az Alföld-kuta-tás gondolatának, igazában azonban csak a Bácska visszatérése óta ébredt reá Szeged különleges délvidéki hivatására. Az Alföld, kü-lönösen pedig a Délvidék egészségügyi problémáinak rövid felvázol-ásakor úgy gondoljuk, tanulságos lesz, ha egy pillantással vissza-tekintünk a tőlünk elszakított déli részek közegészségügyi organi-zációjának fejlődésére.

Konstantinovics, a belgrádi egyetem tanára és a Közegészség-ügyi Intézet igazgatója írta 1930-ban, hogy a szerbek a győzelem mámorában észre sem vették, milyen óriási veszteségeik vannak, milyen siralmasak a közállapotok, különösen pedig a közegészség-ügyi viszonyok. Csak 1919-ben, amikor a lelkesedés eltűnt és megkez-dődött a hétköznapi munka, ébredtek a valóságra. A járványoktól megtizedelt, összeomlott Szerbia a győzelmet jelentő békekötés



után minden erejét összeszedte és az egészséggondozás, a népbetegségek leküzdése terén az 1920-as évek elején egész Európában a legnagyobb erőfeszítéseket tette. Volt idő, amikor a közegészségügyre fordított kiadások nagyobb összeggel szerepeltek a jugoszláv, mint a németbirodalmi költségvetésben. Stampar dr. világszerte elismert, szakavatott irányításával 1920-tól 1925-ig két hatalmas Közegészségügyi Intézet létesült Zágrábban és Belgrádban, de ezen kívül 23 egészségügyi állomás, 45 maláriaállomás, 50 nemibeteg gondozó, 34 tüdőbeteg gondozó és számos anya- és csecsemővédő intézet létesült Jugoszláviában.

A jugoszláv egészségvédelmi rendszer különösen sokat segített a falvak rendkívül elmaradt egészségügyi viszonyain, de a fejlődés nem maradt sokáig zavartalan. Dr. Stamparnak a horvát-szerb ellentétek kiéleződése miatt távoznia kellett a közegészségügyi szervezet éléről és az általa létesített intézmények is válságba kerültek. Összevonták a Közegészségügyi és Népjóléti miniszteriumot és a Közegészségügyi költségvetés kiadásai is az eredetinek felére csökkentek. A Horgostól Kragujeváig terjedő, nagy olvasztóköhőnek szánt Dunabánság heterogén lakosságának közegészségügyi adatai 1940-ben, közvetlenül a magyar impérium átvétele előtt romlást, nagyfokú visszaesést mutattak.

A Duna-Bánság területén az 1930—32-es évek átlagában 25.8 ezrelékes volt a születési arányszám, 1940-ben 17.9 ezrelékre esett.

Jugoszlávia egyik erőssége volt a szomszédait felülmúló természetes népszaporodása. A Duna-Bánság területén a természetes szaporodás 1940-ben a 10 év előttiének egyharmadára zuhant. Feltűnően nagy volt a csecsemőhalálozás és az összhálálozás egyenylcad része a tuberkulózis-halálozásra esett.

Nálunk a csonka országban valamivel később indult meg a megelőző egészségvédelem rendszerének kialakulása, az 1927-ben létesült Országos Közegészségügyi Intézetnek a 30-as években egyre jobban kibontakozó falusi egészségvédelmi munkája nyomán. Szerencsére a fejlődés vonala nálunk töretlen maradt.

Johan államtitkár szervező munkája egyre szélesebb rétegekig hatolt, úgyhogy a négyszeri területgyarapodással visszatért ország-részek közegészségügyi viszonyainál az anyaország közegészségügyi viszonyai sokkal fejlettebbeknek bizonyultak. Ezt mutatják a csalhatatlan, összehasonlításra alkalmas egészségügyi index-számok is. Az orvosokkal és a kórházi ágyakkal való ellátottság, a tuberkulózishalálozás, a csecsemőhalandóság, a nemibeteg és az egészségvédelmi gondozásban részesültek száma kétségbevonhatatlanul mutatják a magyar egészségvédelmi rendszer felsőbbbségét.

Két dolog van, ami Stampar által Jugoszláviában megvalósított egészségügyi organizáció munkájából különös figyelmet érdemel: egyik a Jugoszláv-állam felépítésének megfelelően a közegészségügyi téren is megvalósított szélesebb decentralizáció, a másik pedig a nép széles rétegeinek egészségügyi nevelésére fordított igen erős igyekezet.

Hogy ez a munka nem mindenütt és különösen a magyarlakta Délvidéken nem hozta meg a maga gyümölcsét, azon nem csodál-



kozhatunk, hiszen az egészségügyi tevékenység a Bácskában a jugoszláv uralom alatt szakaszos és hézagos volt. A szerb lakosságának is csak egy rétegére, legelsősorban az Ó-Szerbiából áttelepítettekre szorítkozott.

Vilmon dr. adatai szerint a jugoszláv uralom utolsó éveiben a lakosságnak mindössze 6.8 százaléka állott Bácskában rendszeres egészségügyi gondozás alatt. Magyarországon az egészségvédelmi szolgálat által gondozásbavettek száma ezzel szemben 1942-ben az összlakosságnak 56.6 százalékát tette ki. Hiányossága volt a jugoszláv egészségvédelmi rendszernek az is, hogy a megelőző és gyógyító orvosi munka nem volt elkülönítve és a hatósági orvos által az egészségvédelmi szolgálat keretén belül kifejtett tevékenység sem történt mindig a nálunk megszokott altruista szellemben. A szerb hegemonia alatt megvalósított decentralizációra Jugoszláviában a szerbekből, horvátokból, szlovénekből, montenegróiakból mozaikszerűen összetett népesség miatt minden téren nagy szükség volt.

Jugoszláviában minden egyes Bánságnak meg volt a maga külön Közegészségügyi Intézete és Közegészségügyi Tanácsa is. Johan 1931-ben nagy elismeréssel írt a Jugoszláviában folyó közegészségügyi propaganda-munkáról. Nyolcszáz vándor egészségügyi kiállítási gyűjteményt küdtek faluról-falura. Ezenfelül több kisebb városban is létesült állandó egészségügyi muzeum. A közegészségügyi tárgyú keskenyfilmek gyakori utcai vetítése, a Közegészségügyi Intézetekben rendezett nép-főiskolai egészségügyi tanfolyamok igyekeztek az egészségügyi kultúrában igen elmaradott széles néprétegek felemelését szolgálni.

Az újvidéki közegészségügyi intézetnek a Duna-Bánság területére kiterjedő hatásköre megnyilvánult a közegészségügyi vizsgálatok, a járványtani, a szociális-higiénés és a gondozási munka területén is. Fiók intézetei voltak Zomborban, Szabadkán, Rumán, Mitrovicán, Nagybecskerekben, Szmederevön, Pozsarevácon és Krajevácon.

Volt az újvidéki közegészségügyi intézetnek seró-bakteriológiai, járványtani, Pasteur, vegyi, egészségügyi-mérnöki, szociális-higiénés és statisztikai osztálya. Ezek közül a Délvidék visszatérésekor, mivel az intézet munkaterülete és hatásköre is kisebb lett, megszűnt több osztály és csak a veszettségelleni oltóanyag termelő laboratórium, a seró-bakteriológiai osztály és a malária-állomás működik tovább. A jugoszláv éra alatt az újvidéki Közegészségügyi Intézet fennhatósága alá tartóztak a Bánság területén működő egészségházak, az újvidéki tüdőbeteggondozó, venereás, trachomás gondozó intézete és az iskolai poliklinika. Ma ezek a gondozó intézetek a szakfelügyeleti rendszer következtében az Országos Közegészségügyi Intézet megfelelő osztályainak hatásköre alá kerültek. Kérdés, hogy vajjon a magyar közegészségügyi organizáció nem fog-e a jövőben abban az irányban fejlődni, hogy — amint Kárpát-alján, Ungváron szükségessé vált az Országos Közegészségügyi Intézet helyi szervének szélesebb keretek közötti kiépítése, — az Alföldön, a Dunántúl és Erdélyben olyan közegészségügyi cent-



rumok létesüljenek, amelyek az Országos Közegészségügyi Intézet központi irányításával egy-egy országrész közegészségügyi szerveinek irányító, másodrendű központjaivá válhatnak.

Nálunk a közegészségügyi ismeretterjesztés országos megszervezése, a széles tömegek életmódjának nevelés útján egészségesebb irányba terelése még a jövő feladata. Ha hiányzik a közegészségügyi nevelés, a gazdasági fellendülés sem hozza magával a közegészségügyi viszonyok jobbrafordulását. Bácskában például a viszonylagos jólét mellett is nagy az elmaradottság a közegészségügy terén.

A közel multban fonták szorosabb egységbe az iskolán kívüli népműveléssel foglalkozó szerveket, kívánatos volna, hogy az egészségügyi ismeretterjesztésnek itt kimagasló szerep biztosíttassék és ne csak alkalmoszerűen felkért előadók, hanem erre különlegesen alkalmas egyének, hivatásszerűen végezzék feladatukat. Sokat várhatunk a népfőiskolai intézmény szélesebbkörű kiépítésétől. A Skandináv államokban és Svájcban a népfőiskolák alakították ki az új, közösségi embertípust és tömörítették az általános jólétet biztosító szövetkezetekbe a tanyai és falusi lakosságot.

A Délvidék egészségügyi problémái közül kiemelkedik a tuberkulózis, a trachoma, a malária kérdés és az igen elterjedt alkoholizmus elleni küzdelem. A speciális alföldi problémák közül a legátfogóbb és legnagyobb jelentőségű a tanyai települések egészségügyi helyzetének megjavítása. Az 1930-as évi népszámlálás adatai szerint Magyarországon 8,683.000 lakos közül 20.9%, azaz 1,604.874 egyén lakott külterületen, pusztán, tanyán. Ezek közül ma is 800.000 a száma azoknak, akik szorosabban véve tanyai településen belül élnek. A tanyai lakosság túlnyomó része az Alföldön él. Igen értékes népelem, szaporodási képessége legnagyobb az országban. Egészségvédelmi rendszerünknek egyik fogyatéka éppen az, hogy a szétszórtan élő és a gondozásra rászoruló tanyai lakosság szélesebb rétegeit még nem tudta gondozási körébe bevonni. Ezen a helyzeten segíteni, gyökeresen javítani kell.

Az első tanyai egészségvédelmi szolgálat a Szeged-felsőtanyai, röskei és a csongrádmegyei kistemplomtanyai kerületben 1934-ben kezdte meg munkáját. 1930-ban az ország egész külterületi lakosságának orvosi ellátására mindössze 19 külterületi orvos lakott tanyai területen. Szeged tanyavilágában 8, Debrecenben 4, Hódmezővásárhelyen és Kecskeméten 2—2, Orosházán, Dorozsmán és Nagykőrösön 1—1. Vannak tanyai körzetek, ahol kéthetenként, havonként, vagy csak hívásra mennek ki az orvosok a közeli falvakból a beteghez. A kuruzslás ezeken az elhanyagolt vidékeken erősen burjánzik. A lelki gondozás hiánya miatt a különféle szekták hívei nagyszámban megtalálhatók. A tanyai lakosság egészségügyi viszonyainak felderítése a közel jövő feladatai közé tartozik.

Még a nagy tanyakörzettel bíró Szeged város tisztii főorvosi hivatalának egészségügyi statisztikai adatai is csak a város összlakosságára vonatkoznak. A 42.000 főnyi külterületi lakosság csecsemőhalálzási, gümőkórhalálzási, élveszületési és halálzási adataiba nincs mélyebb betekintésünk. Ugyanez a helyzet a Délvidék



egyéb törvényhatósági területén is. Hogy a tanyán mennyivel rosszabbak a közegészségügyi viszonyok, azt csak az egyes speciális céllal végzett tanulmányok adatfelvételei tárják elénk. Szegeden például, a bel- és külterületen egyaránt körülbelül 10.000 ház létesült, de amíg a belterületen a házaknak több mint a fele kőből vagy téglából épült, a külterületen már alig több, mint 1% épült kőből vagy téglából, a többi vályog, vagy vertfalas építkezés. Jung Sándor 1927 évi vizsgálataiból tudjuk, hogy Szegeden 10.388 városi és 4.680 tanyai gyermek járt iskolába. Jólfejtett volt a városiak 43 %-a, a tanyaiaknak 30%-a. Kóros elváltozást találtak városi gyermekeknél 43%-ban, tanyaiaknál 62%-ban, és a tanyai gyermekek között háromszor annyi tuberkulotikus, tizenkétszer annyi trachomás és csaknem kétszer annyi angolkóros és gerincferdülésben szenvedő iskolás gyermek volt található.

Bács-Bodrog vármegye 1942 évi közegészségügyi jelentéséből tudjuk, hogy elsősorban a tanyavilág elhagyatottsága, a szakorvos és szülésznő segítsége nélkül lefolyt szülések miatt volt aránylag nagy a halvaszületések száma. Waltner és Mezei adataiból értesülünk, milyen egyoldalú táplálékon élnek és mennyire elégtelen a vitamin-ellátás a tanyai iskolás gyermekek között. Ezt az adatgyűjtést az Országos Közegészségügyi Intézet Népelelmezéskutató osztályának támogatásával folytatni kívánjuk.

A közegészségügyi statisztikai adatgyűjtésnek reá kell világítani minden téren a városi és tanyai lakosság közötti különbségekre. A fennálló hiányokon a vándor intézmények számának növelésével kell segíteni, addig is, amíg a tanyai települések védőnői és orvosi ellátása javulni fog.

A tanyai igazgatásról szóló 1944. évi II. t. c. ez év januárjában lépett életbe és egy éven belül a sűrű tanyai települések közigazgatási és orvosi ellátásáról szabályrendeletet kell alkotni. Máris vannak létesülőben tanyai központok, tanyai kirendeltségek. Csongrád megyében és Szegeden ment ki először a tanyákra a tüdőbeteggondozó intézet röntgen-készülékkel felszerelt autója. Vándor iskola-fogászati felszereléseink az ország több helyén végzik ambuláns munkájukat.

Szegeden az egyik egészségügyi védőnő, a nagyobb közegészségügyi körzetekben a védőnői munka legfontosabb részét, a családlátogatásokat egyre inkább megnehezítő fuvar-hiányon úgy segített, hogy motorbiciklin járta be a tanyavilágot.

Amerikában, ahol közel 7.000.000 a szétszórt fekvésű farmok száma, zárt autóbuszokon, útkeresztezéseknél folyik az orvosi szűrő vizsgálat, védőoltás, vagy fogkezelés. Egészségügyi intézményeinket nekünk is bővebben kellene ellátni járművekkel. A belgrádi közegészségügyi intézet igazgatója 18 teher- és személyautó felett rendelkezett, amikor budapesti intézetünknek egy autója sem volt.

A koppenhágai állatorvosi főiskola tanársegédei és hallgatói a főiskola autóján, autóbuszán mennek ki távoli tanyákra, nehéz állati szülésekhez, életmentő műtétekhez.

Nemcsak a tanyai szülőotthonok számát kellene szaporítani, hanem a dán példát át lehetne ültetni a szülészeti gyakorlatba is.



Oldalkocsis motorkerékpáron kiszálló gyakorlótanársegéd, kórházi alorvos vezetésével a szigorló orvos is megtanulhatná, hogyan kell a klinikán elsajátított szigorú elveket a tanyai primitív viszonyokhoz alkalmazni. Az élet viszonyaihoz való alkalmazkodásnak bizonynyal helyesebb formája lenne ez, mint annak a német szülészeti klinikának a példája, ahol a klinika fényesen berendezett épülete mellett felépített primitív falusi házban is meg kell tanulnia az orvosnövendékeknek a szülések levezetését.

Az elszórt tanyai településekre még nem jutott elég védőnő, ezt a védőnő hiánnyal meglehet magyarázni, de nagyobb törvényhatósági városainkban a város belterületén működő egészségügyi védőnők száma háromszorosa, sőt négyszerese a külterületen, vagy tanyai településen élő védőnőknek. Ennek fordítva kellene lennie!

Bácskában a községek hálózatának kialakulása különösen délen egészségesebb, a községekben nincsen túlnagy külterületi tanyai lakosság, mint feljebb, a Duna-Tisza közén.

A háború befejezése után a lakáskérdés megoldása lesz a legégetőbb kérdés városon éppen úgy, mint tanyán és falun. Az alföldi lakásviszonyok közegészségügyi szempontból országos viszonylatban a legrosszabbak. A mezőgazdasági városokban a legnagyobb a lakássűrűség, a lakások 70%-a egyszobás. Az Alföldön a legkisebb a vízvezetékekkel ellátott lakások száma. A magánlakásoknak csupán 8%-ában van árnyékszék, ami egyharmada az országos átlagnak.

Szegeden 1927-ben a város belterületén lakó 80.000 lélek közül 10.661 volt kénytelen 3.170 egészségtelen, nedves szuterén és pince lakásban élni. Alig jobb a helyzet a Délvidék kisebb városai-ban és sokszor rosszabb tanyán és falun.

Nem valamelyik elfogult falukutató könyvében, hanem az Országos Közegészségügyi Intézet 1938. évi jelentésében olvasható a Szeged-átokházi egészségvédelmi körzetről, hogy „a lakás a tanyák túlnyomó részében egy szoba konyhából áll, a sötét, leggyakrabban zsupszalmával fedett vályogházakban. A falak nyirkosak, penészesek, télen a szellőzetlen túlszűfolt szobákban a vékony falakon sok helyen csurog a lecsapódó víz. Tíz család pedig földbe vájt kunyhóban lakik“.

A lakásegészségügy egységes rendezése nem várathat magára. Ma minden törvényhatósági városnak, vármegyének külön építészeti szabályrendelete van. Az építkezési engedélyek megadásánál különösen falun, még inkább tanyán nagyon gyakran ki sem kéri az orvos véleményét. A lakhatási engedélyek megadását minden esetben helyszíni szakértői véleményhez, s az épület kiszáradásának vizsgálatához kellene kötni. A járasonkint alkalmazandó egészségügyi mérnökök kell, hogy támogassák a jövőben a hatósági orvosi kart abban a munkájában és törekvésében, hogy a lakás-egészségügy terén a múlt-hoz hasonló mulasztások ne történjenek. Sajnos, a statisztikai adatok azt bizonyítják, hogy még a legutóbbi években folytatott építkezéseknél is igen sok hiba történt. Nem engedhető meg, hogy az ujonnan épülő házak feltöltetlen, vizenyős területen épüljenek. Vályog építkezés esetén is megfelelő szigetelés,



téglaalapozás kell, hogy védelmet adjon az oly sok falusi ház összeomlását okozó talajvízzel és árvízzel szemben.

A Dunántúl, Erdély, Tiszántúl és a Délvidék egyetemén a közegészségtani intézetekben működő Vizsgálóállomások mellé az Országos Közegészségügyi Intézet egészségügyi mérnöki és járványügyi osztályt szervezhetne. A legtöbb munkával elhalmozott mérnöki osztály decentralizáltan jobban tudna hivatásának megfelelni. Munkáját a jövőben az egészségvédelmi szervezetnek úgyis egyre fokozódó mértékben kell igénybe vennie. A járványtani osztályok vidékenkinti felállítása tökéletesebbé tenné az eddig is működő Közegészségügyi Vizsgálóállomások laboratóriumi munkáját, szorosabb kapcsolatot teremtené a hatósági orvos és a Vizsgálóállomás között. Jobban biztosítaná a járványügyi nyomozás lehetőségét, amely nélkül a laboratóriumi munka üres sablonná válik. Bizonyos speciális kérdések széleskörű irányított megoldása is könnyebbé válnék.

Nagy szükség volna a Délvidéken az ivóvízszolgáltató berendezések helyszíni ellenőrzésére. A szegedi egyetemi Közegészségtani Intézet régebbi vizsgálataiból tudjuk, hogy az alföldi tanyai iskolák kútjainak nagy része nem megfelelő vizet szolgáltat, sőt egyrészt az egészségre ártalmas, bár nagyszámú iskolás gyermek issza. E kutak egy részét az Országos Közegészségügyi Intézet Vízügyi Osztályának támogatásával, kevés költséggel meg lehetne javítani. E vizsgálatok szélesebb körű folytatását az Alföldi Tudományos Intézet támogatásával tervbe vettük.

A Tisza vízének ugyancsak az Alföldi Tudományos Intézet támogatásával történő, rendszeres bakteriológiai, kémiai, biológiai vizsgálata módot fog adni több folyamatszakaszon a házi és ipari szennyvíz folyások elvezetésének ellenőrzésére. A Délvidéken különleges feladat a sok kender feldolgozó és kendergyár szennyvíz elvezetésének higiénikus megoldása.

A gyakorlati közegészségügy terén igen fontos és igen elhanyagolt kérdés az ipari és foglalkozási ártalmak tanulmányozása. Magyarországon a legutóbbi időkben az ipari termelés 60%-kal, a gyáripari munkásság létszáma 50%-kal növekedett és az ipari ártalmak iránt sokkal fogékonyabb nők és serdülő koron alig túl jutottak foglalták el a hadbavonult férfiak helyét. Biztosítani kell számukra az egészséges munka-helyet, a foglalkozási ártalmak távoltartását, nem csak a nagyobb, hanem a kisebb ipari műhelyekben is. Ujabban a modern gyárvezetés már nem idegenkedik az üzemi higiéné követelményeinek fokozatos megvalósításától. Elmaradottságuk, szervezetlenségük azonban még ma is igen nagy az ipari higiéné területén. Egyetemeink közegészségtani tanszékei eddig jórészt távoltartották magukat az iparegészségügyi kérdések tudományos, módszeres kutatásától. Az egészségügyi orvosi nevelésben az ipar-higiénének és kutatásnak nagyobb teret kell biztosítani. A Délvidéken pedig elsősorban a mezőgazdasági ipar és élelmiszer-ipar egészségügyi kérdéseinek kutatása a legidősebb.

Az Országos Iparegészségügyi Bizottság első vidéki, szegedi tagozata a Társadalombiztosító Intézet Egészségvédelmi Főosztályával



és a szegedi Tisztiorvosi Hivatallal munkaközösséget létesítve megteremtette az élelmiszer iparban foglalkoztatott és egyéb iparágban dolgozó munkások röntgenkataszterét, a hordozható ernyőkép fényképező berendezés segítségével. A szegedi kerületi Orvosi Kamara Iparegészségügyi Vegyesbizottsága az egész Délvidékre ki akarja terjeszteni működését.

Amennyire fontosnak tartottuk, hogy az egészségügyi mérnöki és az orvosi munka határ-területén megfelelő munkaközösség létesüljön, épen olyan fontos a munkaközösség a szociális gondozás, a hadigondozás és egészségvédelem munkáját irányítók között. Az eddiginél jóval szorosabb, testvéri együttműködést kell biztosítani és pedig úgy, hogy az egészségvédelmi szolgálat, a szociális felügyelet és a hadigondozó hatóság kölcsönösen delegálnának egymáshoz kiküldötteket. Senki sem vitatja, hogy a szociális gondozás, vagy a hadi gondozás munkáját csak orvosok láthatják el, de vitathatatlan, hogy igen sok a kapcsolatuk az egészségvédelemmel. Mégis ezeknél a magyar faj egészségügyébe szorosan belevágó kérdésekkel foglalkozó intézményeknél (ONCsA és a Hadigondozó Hatóság) orvost a vezetőségben hiába keresünk. A szociális és egészségvédelmi munkaközösségek létrehívására kiadott rendelkezéseket első fokon is csak részben hajtották végre, s a munkaközösségek jórésze nem tudja megvalósítani tulajdonképeni céljait.

A Kolozsvárott oly jól bevált tizedesi rendszert, amely a közép-korban Szegeden is virágzott, be kellene vezetni a Délvidéken is, városon és falun egyaránt, de elsősorban a székely telepes községekben.

Különösen nehéz a közösségi szellem kialakítása, munkaközösségi szervek létrehívása a falvakban és a tanyai körzetekben. A tanyavilágban magárahagyott, külön élő ember gondolatvilágától távoláll még a feltételezése is annak, hogy ilyen összefogás sikerülhet. Amikor Szeged város szociális és egészségvédelmi munkaközösségének szervezése érdekében az illetékes hatósági szervekkel együtt végig jártam a tanyai körzeteket, lépten-nyomon talákoztam evvel a negativisztikus felfogással. Széleskörű példaadó, nevelő munkára van szükség ezen a területen.

A megelőző egészségvédelmi gondozásnál reámutattam a nevelés fontosságára. A szociális gondozást is csak a kitartó nevelői munka teheti igazán hatásossá. Sajnos éppen a Délvidéken láttam az Országos Nép- és Családvédelmi Alap frissen épített sok gyermekes lakótelepein a kiváló és előkészítő gondozás hiányát. Ezt természetesnek kell tartanunk, hiszen a szociális gondozásnak az elszakított Bácskában, sőt a csonkaországban sem voltak még mindenütt mélyebb gyökerei. A pécsi száz családi házból álló Horthy Miklós kert-városban, ahol külön körzeti gondozó iroda és szövetkezeti tömörülés biztosítja Esztergár Lajos kiváló munkatársainak 10 esztendei előkészítő, nevelő munkája után az állandó segítőkészséget és reáhatást a telep minden egyes alkotójára, természetesen egészen más benyomást szerezhethünk, mint a Délvidéken nemrég felépített O. N. Cs. A. lakótelepeken. Hogy mit jelent a munkaközösségen alapuló mintaszerű szociális gondozás, arra jobb példát hazánkban a pécsinél sehol sem kereshetünk.



A nagy számban működő különféle karitativ munkát végző társadalmi egyesületnek be kell végre látnia, hogy feladatát csak akkor végzi helyesen, ha a szociális és egészségvédelmi gondozói rendszer hivatásos szerveivel munkaközösséget létesítve igyekszik társadalmi munkájával, összefogással kitölteni azt a szakadékot, ami a hivatal és az élet, a közigazgatás és gondozásra szorulóknak között van.

A jövő orvosának egyre többet kel foglalkoznia a társadalom, a közösség problémáival. Jobban kell ismernie a társadalom szervezetét és életét szabályozó jogfejlődést, alaposabb kiképzésben kell részesülnie a társadalom-egészségtan terén.

Ha a szegedi egyetemen, a Délvidék egyetemén sikerül majd a jogi fakultás kiépítésével a szociálpolitikai tanszék felállítása, igen nagy jelentősége lesz annak, ha a szociálpolitikai és közegészségtani, továbbá a néprajzi és embertani tanszék munkaközössége révén sikerül a *Délvidéki Egyetemi Szociális Telep* megvalósítása. Ezen intézménynek általános népvédelmi jogsegélyt osztó és közművelődési osztálya mellett szociális és egészségvédelmi osztálya is lenne. Az újpesti főiskolai szociális telep az ipari munkásság gondozása, felemelése, a társadalmi ellentétek elsimítása érdekében úttörő munkát végez. Ugyanilyen úttörő feladat várna a Délvidéki egyetemi szociális telep munkájában résztvevő jogászokra, bölcsészekre, és orvostanhallgatókra, a mezőgazdasági foglalkozású lakosság fel-emelése, és ezen kívül magasabb szempontok által vezérelt és tudományos módszerekkel elvégzendő falu- és tanyakutatás területén. A Délvidék egyetemének jövőendő feladatai között egyre nagyobb helyet foglal el majd a népi problémák rendszeres kutatása, és a törekvés e kérdések gyakorlati megoldására, tudományos módszerek alkalmazásával.

A Délvidéken 1941. október 10-én 1,025.508 lélek számláltatott meg. A népesség szaporodása az 1910 és 1940-es évek között csak közepes ütemű volt. Annál nagyobb örömmel olvassuk Bács-Bodrog vármegye tiszti főorvosának 1942. évi jelentésében, hogy a születési arányszám az országos átlagnál magasabb és általában a Délvidéken a születések száma túlnyomóan a magyar lakta területeken emelkedett. A székely telepeselek száma pedig a meglévő öröndetes magas születési arányszám mellett két évtizeden belül meg fog kétszereződni. Ezek a biztató adatok elfelejtetik velünk Elekes Dezső 10 év előtti szomorú jóslatát, hogy Magyarország 0.88%-os évi átlagát véve alapul, Jugoszlávia 1.60%-os és Románia 1.10%-os népnövekedési arányszáma mellett, 2030-ban Magyarország népe 20,841.000 főnyi nagyságúnak várható, Jugoszlávia 68.000.000, Románia 53,000.895 főnyi lakossága mellett. Erre a távoli jóslásra már a területgyarapodások miatt is reá cáfolt az idő. A török hódoltság pusztításai után a magyarság létszámát megnyolcszorosozta, és a nemzetiségekkel szemben a magyar faj arányát 39%-ról 54%-ra javította. Bízunk kell a két világháború vérvesztései után is a magyar faj regeneráló képességében.

Gesztelyi Nagy László dr., aki oly sokat tett az Alföld és a tanya-kérdés javítása érdekében, sokszor idézi munkáiban Ravasz Lászlónak látomásszerű erővel elének vetített képét.



„Nekem a magyar világ — írja Ravasz László püspök — sokszor úgy tűnik fel mint halotthamvasztó, amelyben virágzó falvak, városok, tervek, remények omlottak össze és lettek porrá. De sokszor úgy tűnik fel előttem, mint egy nagy bölcső, amelyben a magyar reménység ring, a magyar vágy, a magyar jövőendő“.

Tegyük el emlékül és figyelmeztetőnek, munkára serkentőnek e költői képnek sötétebb felét és bizalommal munkálkodjunk a kép második, reményteljes felének megvalósításán.

KANYÓ BÉLA

## A településtörténet problémái a Délvidéken

KÉT ÉS FÉL évtized kényszerű hallgatása után, érkezett a legfőbb ideje a Délvidékhez való történeti jogunk igazolásának. E munka megkezdése annál sürgősebb, mert a jugoszláv uralom idején pihenőre tért történetíró nemzedék helyébe, csekélyszámú lelkes önművelőt leszámitva, nem érkezett utánpótlás, és így a magyar kezekből kihullott tollat idegen kezek saját céljaik szolgálatába állították. A történeti joghoz való bizonyítékok túlnyomó részét egy újabban kialakult tudományág, a településtörténet szolgáltatja, melynek eredményeit a két világháború közti időben számos helyen igénybe vették, bizonyos területekhez fűzött történeti és népi jogok bizonyítására.

A Délvidékhez való történeti jogunk igazolása során különösen kell hangsúlyoznunk e területen a magyar foglалás elsőségét, és a rajta kialakuló kultúra feltétlen magyarságát. Bizonyítanunk kell, hogy a magyarság a középkor végéig feltétlen népi és nyelvi uralmat gyakorolt a Délvidéken, és az a Kárpát-medencének leggazdagabb, legnépesebb és legmagyarabb területe volt. A délszláv történetírók által „népmigrációnak“ nevezett beszivárgások nem idéztek elő sem a tájban, sem a népiségben változásokat. Mohács előtt a szerbeknek Délmagyarországon nem voltak sem egyházi, sem világi önkormányzati intézményeik, és ilyenek alakítására nem is törekedtek. A magyar népi erő sorvadása e területen a török hódoltság alatt következett be, amidőn a pusztuló magyar tájból egyre nagyobb darabokat nyelt el az előretörő délszláv hullám. A magyar falvak és városok helyén török támogatással rác települések keletkeztek. A magyarság elvesztett birtokállományának visszaszerzését a török hódoltság megszűnése után Csernovics Arzén népének befogadása, rendkívüli kedvezményekkel való felruházása, a határőrvidéki katonaeletforma és a pravoszláv nemzeti egyházi szervezet akadályozta meg.

A XVIII. század közepén, a határőrvidék felosztása után azonnal kitűnt, hogy a magyarság elegendő népi tartalékkal rendelkezik ősi településterületének visszaszerzésére. A részletkutatások és a rájuk támaszkodó szintézis feladata kimutatni, hogyan veszi kezdetét a XVIII. század közepétől fogva a Délvidék visszamagyarosodása, amelynek során a magyarság néprajzi vonala Bács-Bodrog,